ESSAI

N. 48.

20.

SUR

LES MALADIES DECRITES SOUS LE NOM

D'Anévrismes du Cœur.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 24 MAI 1836;

Par J^n P^re G^e MORÈRE.

De St-Arroman, près Bagnères (*Hautes Pyrénées*);

POUR OBTENIR LE TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.



A MONTPELLIER,
Chez X. JULLIEN, imprimeur de la Mairie, Marché aux Fleurs.

1836.

A M. CRABERE,

Inspecteur de l'Enregistrement à Carcassonne (Aude).

A Mme CRABERE,

A MON COUSIN HENRI CRABERE,

ET A SES SOEURS MES COUSINES.

Je vous réunis ici comme vous l'êtes dans mon cœur; unis par les liens du sang et de l'amitié, je vous offre cet Essai comme une preuve non équivoque de mon sincère attachement et de ma reconnaissance pour les bons conseils et les bontés dont vous n'avez cessé de me combler pendant mon séjour à Montpellier. En suivant ici l'impulsion de mon cœur, croyez que j'obéis aussi au vœux de mon excellente mère.

A L'HOMME PUR ET PROBE;

A L'EXCELLENT CITOYEN ET MON MEILLEUR AMI,

VORS (Victor),

Contrôleur des contributions directes, à Montpellier.

A toi, âme noble et généreuse! A toi la dédicace de cet opuscule! Et à qui mieux qu'à toi pourrai-je l'offrir, vieil Ami!.... Je suis fier au plus beau jour de ma vie de pouvoir rendre un hommage public et éclatant à tes vertus civiques, et de te dire que l'amitié que j'ai pour toi ne finira que lorsque mon cœur aura cessé de battre.

J. Morère.

A mon Père et ma bonne Mère,

Comme un gage de respect et de reconnaissance, pour les sacrifices qu'ils n'ont cessé de faire pour moi.

A MES FRÈRES ET SOEURS,

A mon Oncle, Prêtre à Lortet

(hautes pyrénées).

Franche Amitié.

Aux Mânes

de mes Frères, et de mon Grand-Oncle

MORÈRE (François)

Médecin à Toulouse.

Douleur amère.....!!!

MORERE,



ESSAI

SUR

LES MALADIES DÉCRITES SOUS LE NOM

D'ANÉVRISMES DU CŒUR.

I. HISTORIQUE.

On désignait depuis très-longtemps sous le nom d'anévrismes, des tumeurs formées par la dilatation ou la rupture, isolées ou réunies d'une ou de plusieurs tuniques artérielles; lorsque Lancisi et Baillou, donnèrent le même nom à la dilatation du cœur. Ces auteurs n'eurent point égard aux circonstances importantes qui pouvaient accompagner cette dilatation. Les médecins qui leur succédèrent, firent subir peu de modifications à leurs travaux,

jusqu'à Morgagni; celui-ci employa indiféremment les mots anévrisme et dilatation du cœur; il fit observer qu'il n'y avait point identité entre l'anévrisme artériel et celui du centre circulatoire, de telle sorte que le mot anévrisme du cœur, ne donnait point une idée bien exacte de la maladie. Corvisart, qui fit la même remarque, conserva néanmoins ce nom : il commança à mieux classer ses affections et à insister sur une circonstance importante (l'épaisseur des parois), qui en différencie les diverses espèces. Il fut ainsi amené à distinguer deux sortes d'anévrismes, l'un actif, dans lequel les parois du cœur acquièrent une force plus considérable que d'ordinaire; l'autre passif, dans lequel les parois du même organe sont plus faibles et moins énergiques : chacune de ces affections peut être générale ou partielle.

Senac, Lieutaud, Morgagni et plusieurs autres auteurs avaient déjà reconnu que le cœur peut augmenter de volume sans que ses cavités soient dilatées, ou même avec un rétrécissement de ces dernières; Bertin insista d'une manière spèciale sur les cas de ce genre, et dans un mémoire publié en 1811, il s'attacha à décrire surtout l'augmentation de volume des parois du cœur, en n'ayant égard à l'étendue de ses cavités, que d'une manière accessoire : il donna à cette maladie le nom d'hypertrophie : il divisa celle-ci en trois espèces, l'hypertrophie simple, l'hypertrophie excentrique, l'hypertrophie concentrique. La seconde n'est autre chose que l'anévrisme actif de Corvisart; les recherches de Burns, Kreysig, Laënnec, vinrent confirmer celles de Bertin; depuis cette époque l'étude de ces maladies s'est encore perfectionnée par les travaux de *Cruveilhier*, *Lobstein*, *Andral*, *Bouillaud*, etc. Le mot d'anévrisme a été à peu-près banni de la science par beaucoup de médecins, et les maladies renfermées sous cette dénomination ont été rattachées par eux à diverses lésions organiques, telles que l'hypertrophie, l'atrophie, la dilatation avec amincissement, etc. Nous nous proposons de traiter ici d'une manière spéciale de la dilatation du cœur. Nous conservons le mot d'anévrysme parce qu'il a été long-temps employé dans la science et qu'il est bien de médecins

auxquels il est plus familier que tout autre, il est d'ailleurs moins impropre qu'on ne porrait le croire, surtout d'après ce qu'en on dit plusieurs écrivains modernes: M. Bouillaud le trouve même bien choisi ; en comparant, en effet, ce qu'il se passe dans l'anévrisme artériel avec dilatation des tuniques, et ce que l'on observe dans l'anévrisme passif du cœur, on trouve une grande analogie entre ces deux états : les différences sont plus marquées lorsqu'il s'agit de l'hypertrophie anévrismale ; je crois inutile d'insister d'avantage sur ce point, pour me rendre plus intelligible, j'aurai soin de faire connaître la synonimie moderne.

II. Définition et considérations Générales.

Il est facile de deviner, d'après ce que nous avons dit jusqu'ici, que, pour nous, il y aura anévrisme du cœur toutes les fois qu'il existera une dilatation anormale morbide, d'une ou de plusieurs de ses cavités, quelque soit d'ailleurs l'état de ses parois, de ses orifices, de ses vaisseaux; Mais une première difficulté se présente ici: Comment pourra-t-on constater la dilatation anormale quand elle sera simple? comment pourra-t-on reconnaître l'hypertrophie, les rétrécissemens qui peuvent venir la compliquer? on a besoin pour celà d'une type normal qui puisse servir de point de comparaison. La nécessité de ce type primitif n'avait point échappé à *Bichat* ni à *Corvisart*, plusieurs médecins modernes se sont efforcés de l'obtenir. Tels sont MM. *Laënnec*, *Cruveilhier*, *Lobstein*, *Bouillaud*. Le premier assure qu'un cœur normal doit avoir un volume un peu inférieur, égal, ou de très peu supérieur au volume du poing du sujet. Les parois du ventricule gauche doivent présenter une épaisseur un peu plus que double de celle des parois du ventricule droit; celui-ci doit être un peu plus ample que l'autre. Les quatre cavités du cœur doivent être à peu près égales. Il est facile de voir que ces données sont généralement incomplètes et peu précises, quelquefois même inexactes. M. *Cruveilhier*, n'admet l'hypertrophie pour le ventricule gauche que lorsque ses parois atteingnent sept à huit lignes d'épaisseur, pour le ventricule droit, il suffit qu'elles en ayent

quatre ou cinq pour le cœur entier, M. *Cruveilhier*, admet l'hypertrophie quand cet organe pèse de dix à douze onces. Tout cela laisse beaucoup à désirer. M. *Lobstein*, à cherché à déterminer la longueur du cœur sa largeur, l'épaisseur de ses ventricules, et de ses oreillettes dans un ou plusieurs points, le pois de l'organe chez un adulte sain. Les résultats qu'il a obtenus, portent à croire que ce professeur n'a point choisi d'une manière convenable les sujets sur lesquels il a fait ses observations. M. *Bouillaud* a déterminé les dimensions moyennes d'un plus grand nombre de parties du cœur, il a opéré sur quatorze sujets âgés de seize à trente-huit ans; parmi eux se trouve une femme. Il est aisé de voir que si l'on voulait obtenir un degré suffisant de précision, il faudrait étendre ses recherches sur un grand nombre de personnes, et faire des cathégories distinctes, d'après le sexe, l'âge, les points extrêmes ou moyens de statures. etc. C'est un travail qui n'a point été fait et qui ne donnerait encore que des résultats approximatifs. Les dimensions du cœur doivent varier, en effet, d'après toutes ces circonstances, et de plus, suivant les dimensions du thorax, celles des vaisseaux qui se rendent au cœur, ou qui en proviennent, etc. Il est d'ailleurs des sujets chez lesquels le cœur présente dans l'état normal un volume considérable ou une grande petitesse, ainsi qu'on en trouve plusieurs exemples dans les auteurs : il est bon de faire remarquer néanmoins qu'en général, il restera peu de doute lorsque l'état anormal du cœur sera bien prononcé.

III. *Espèces*. La dilatation du cœur peut être simple, c'est-à-dire, sans changement, dans l'épaisseur de ses parois, ou bien accompagnée d'épaississement de ces dernières, (anévrisme actif de certains auteurs, hypertrophie excentrique de *Bertin*), ou de leur amincissement, (anévrisme passif de *Corvisart*; dilatation de quelques-uns). Cette maladie peut être générale ou partielle : dans le premier cas, elle embrasse le cœur tout entier; dans le second, elle occupe une ou plusieurs de ses cavités, ou bien une partie seulement de l'une d'elles. Des dilatations de divers genres peuvent se trouver réunies chez le même sujet. Ainsi, il n'est par rare de rencontrer

anévrisme passif dans un côté du cœur et un anévrisme actif de l'autre côté.

L'anévrisme du cœur peut être compliqué d'autres altérations de cet organe, ainsi, celui-ci peut être enflammé, ramolli, induré, ses orifices peuvent être élargis, resserrés, garnis de végétations, d'ossifications, etc. Des altérations analogues peuvent se rencontrer en divers points du système artériel. Les colonnes charnues du cœur peuvent aussi être épaissies, amincies, presque effacées; la cloison interventriculaire peut être seule hypertrophiée. Nous devons même faire remarquer que l'anévrisme du cœur existe rarement sans être réuni à l'une des affections que je viens de mentionner. Nous nous occuperons dans deux articles distincts de la dilatation simple ou avec hypertrophie et de la dilatation avec amincissement.

ARTICLE PREMIER.

Dilatation simple ou avec épaississement du cœur. (*Anévrisme actif*).

§. Ier. *Disposition anatomique.* Ces deux lésions sont rangées l'une et l'autre dans la classe des hypertrophies. Il y a, en effet, augmentation de nutrition dans un cœur dilaté, lorsque ses parois conservent leur épaisseur : il est évident qu'elles devront devenir plus minces à mesure qu'elles cèdent à la distension, si une nutrition plus puissante ne venait leur conserver leurs dimensions normales : on pourrait, du reste, en dire autant des cas où un faible amincissement coïnciderait avec une dilatation considérable. Tous ces états se lient entre-eux; on passe progressivement des uns aux autres, et l'on ne peut établir des distinctions tranchées que dans les cas qui s'éloignent suffisamment du point de contact. Dans l'anévrisme actif général qui est bien plus rare que l'anévrisme partiel, il y a ordinairement une différence marquée dans le développement des diverses parties. Le cœur subit alors des changemens remarquables sous le rapport de sa forme, de son volume, de son poids,

de sa situation, de sa direction, de ses rapports avec les parties environnantes.

1° Son volume peut devenir énorme, Lieutaud cite un exemple de ce genre. Senac parle d'un cœur humain, qui par sa grosseur l'emportait sur celui d'un bœuf, et remplissait toute la cavite thoracique. Il y a peut-être un peu d'exagération dans ce fait tiré des éphémérides d'Allemagne, il est rare, en effet, que le cœur le plus hypertrophié atteigne la moitié du volume d'un cœur de bœuf.

2°. Le poids de cet organe peut s'elever à une ou plusieurs livres, Peyer en a vu un de trois livres. dans le fait de Marchetti, cité par Lieutaud, il pesait cinq livres, dans ceux qu'à recueillis Bouillaud, le poids le plus considérable était de vingt-deux onces; le poids moyen sur neuf observations est de dix-sept onces un gros

3° Les cavités sont assez dilatées pour contenir chacune, tantôt un œuf d'oie, tantôt des corps d'un volume plus que double de celui du poing d'un adulte. 4° L'épaisseur des parois du ventricule gauche varient de sept lignes à dix-huit, et même d'avantage; celle des parois du ventricule droit est en général, de quatre, six, ou sept lignes, elle peut s'élever jusqu'à un pouce, à quinze, seize, ou même dix-huit lignes Cette épaisseur n'est pas toujours distribuée de la même manière. Le plus ordinairement, elle va en diminuant de la base à la pointe, d'autres fois elle est la même dans tous les points dans quelques cas, elle est plus considérable à la partie moyenne qu'aux extrémités, quelquefois enfin elle est plus grande à la pointe que partout ailleurs. Ces dispositions peuvent se rencontrer, soit dans le cœur entier, soit dans quelques unes de ses parties; il peut même se faire que l'hypertrophie soit disposée de manière différente dans deux ventricules, par exemple, ainsi l'on a vu l'hypertrophie décroître de la base au sommet pour le ventricule gauche, et du milieu aux extrémités pour le droit.

5° Le cœur en s'hypertrophiant change de forme comme on peut le prévoir d'après ce que nous venons de dire: il s'arrondit, devient

---

(1) Traité de la structure du cœur tom. II. Page 402.

globuleux, s'apointe, s'émousse, et tend à s'effacer; il prend une direction transversale, se porte principalement à gauche, et offre dans le sens vertical et antéro-postérieur de moindres dimensions que d'un côté à l'autre, ce qui le rapproche beaucoup pour la forme d'une gibesière, suivant la remarque de Laënnec.

6° La base remonte vers la partie supérieure de la poitrine, de manière à s'élever au niveau du premier ou du second espace intercostal; tandis que sa pointe descend au niveau des sixième, septième ou huitième espace.

7° Il survient en même temps des changemens dans les rapports du cœur avec les parties environnantes; c'est ainsi que les poumons sont écartés et refoulés dans tous les sens, ainsi que les gros vaisseaux, et que ces organes subissent une compression considérable, lors surtout que le cœur occupe le tiers, la moitié, ou même une portion plus considérable de la cavité thorachique.

8° Les cœurs hypertrophiés présentent ordinairement une teinte rouge, vermeille; (Bouillaud dans un certain nombre de cas), ils sont d'un rouge brun foncé (1);

9° Leur consistance est le plus souvent augmentée : le tissu de l'organe est résistant, il se déchire avec difficulté. Lorsqu'il se trouve dans des conditions contraires, on peut les attribuer à des complications.

L'hypertrophie partielle peut embrasser tout un coté du cœur, une seule oreillette ou un seul ventricule, les deux oreillettes, une oreillette, un ventricule opposé, etc., Elle peut n'occuper qu'une portion isolée de l'une de ces cavités.

L'hypertrophie des ventricules est plus fréquente que celle des oreillettes. On pense généralement que le ventricule gauche s'hypertrophie plus souvent que le droit, bien qu'on remarque le contraire dans les observations de M. Louis, qui a rencontré vingt-neuf fois l'hypertrophie du ventricule droit, pendant qu'il

(1) Cruveilhier. Dict. tom. 10, pag 235.

n'a vu que vingt fois celle du gauche; cette opinion se trouve en harmonie avec la disposition du ventricule à sang rouge, qui a naturellement plus d'énergie que le ventricule opposé.

L'hypertrophie simultanée des deux ventricules n'est pas bien rare.

Les oreillettes ne sont presque jamais hypertrophiées sans que les ventricules correspondans ne le soient en même temps. L'accroissement d'épaisseur n'envahit ordinairement que les appendices.

Ce que nous avons dit de l'épaisseur des ventricules, en parlant de l'hypertrophie en général, s'applique très bien à celle de ces mêmes parties prises en particulier.

§. II. *Des causes de l'anévrisme actif du cœur*. Blancard, Senac Morgagni, Corvisart et un grand nombre d'autres médecins, ont bien reconnu que l'anévrisme actif du cœur dépendait de l'accumulation d'une plus grande quantité de sang, dans les cavités de cet organe et dans ses vaisseaux. Aussi ont-ils rangé parmi les causes de cette affection toutes celles qui peuvent produire un pareil effet. De ces causes, les unes sont placées hors du sujet, les autres lui sont inhérentes. Parmi les premières, on trouve une alimentation et une assimilation trop considérable, l'abus des substances excitantes, des boissons alcooliques, de vins généreux, du café; de violens exercices qui déployent trop vivement et pendant long temps, les forces musculaires: tels que des marches longues et rapides; la course, la lutte, etc. L'influence des professions qui exigent de grands efforts musculaires, telles que celles des boulangers, des danseurs, des portefaix, etc. Ici se placent encore l'exercice forcé des organes respiratoires provoqués par les cris, les chants, la déclamation, etc., les veilles prolongées, les émotions vives de l'âme, les passions excitantes, telles que la colère, l'indignation, etc., peuvent être mises au même rang. Parmi les causes qui appartiennent au sujet, nous pourrons placer la surabondance du sang, surtout lorsque ce liquide est doué de propriétés trop nutritives ou trop stimulantes; les tempéramens sanguins, les constitutions vigoureuses, celles qui se manifestent

par le développement de la poitrine, le volume de la tête et du cou, la suppression de certaines hémorragies habituelles, telles que l'évacuation menstruelle chez la femme, les hémorrhoïdes, la disparition des excrétions fournies par certains émontoires, etc., divers états morbides, tels que le rhumatisme, par exemple, etc. On a placé parmi les causes de l'anévrisme actif du cœur, la terreur, les affections tristes qui agissent dit-on, en déterminant un état de spasme, de resserrement dans les vaisseaux; ces opinions prêteraient beaucoup à la contreverse, on a besoin de nouvelles recherches pour les confirmer ou les détruire. Les maladies chroniques du poumon, telles que la phtisie, l'induration ont été regardées comme pouvant devenir des causes d'anévrisme du cœur; cette assertion est loin d'être appuyée par les faits qui ont été recueillis par Laënnec, Louis, Andral, etc. : on trouve, en effet, rarement une coïncidence entre ces affections pulmonaires et l'hypertrophie du cœur : cela paraît tenir en partie à l'état général d'affaiblissement dans lequel se trouvent alors ces sujets : les circonstances précédentes peuvent faciliter le développement de la maladie; mais elles ne suffisent pas pour lui donner naissance : aussi, trouve-t-on un grand nombre de sujets qui les présentent, et chez lesquels on n'observe point cette maladie. Il faut donc encore ici une prédisposition particulière qui nous est peu connue : tout ce que l'on dit à cet égard, c'est qu'il est des sujets qui naissent avec cette prédisposition, exprimée dès le début par un développement insolite de cet organe; qu'il en est d'autres chez lesquels cette disposition semble héréditaire. Ainsi, Albertini parle d'une famille dans laquelle cinq frères et une sœur succombèrent à l'anévrisme du cœur; Lancisi a vu cette funeste maladie se perpétuer pendant quatre générations. A mesure que l'on avance en âge, cette affection devient plus fréquente, ce qui dépend principalement des ossification des orifices du cœur et des arteres si communes à cet âge.

Il est une cause infiniment plus puissante que toutes les autres du développement de l'anévrisme du cœur; c'est un obstacle au

cours du sang placé à l'un des orifices des cavités du cœur, ou près de l'origine des gros vaisseaux qui en proviennent. Ces obstacles consistent dans le resserrement de ces parties par suite d'excroissances développées à leur intérieur ou dans la compression exercée par des tumeurs placées au dehors de ces vaisseaux.

§ III. *Mécanisme de la production des anévrismes du cœur.* On peut faire, à cet égard, les remarques suivantes : lorsque par une cause quelconque, le sang séjourne en plus grande quantité dans les cavités du cœur, celles-ci se trouvent, par ce fait même, distendues pour loger la quantité surabondante du fluide ; ce dernier, par sa présence, excite plus fortement la contractilité de cet organe qui fait des efforts puissans pour s'en débarrasser, de là résulte l'afflux d'une plus grande quantité de liquide nutritif dans son tissu qui en est plus fortement pénétré, la nutrition acquiert une plus grande activité, et l'orgrne en même temps qu'il se dilate, devient plus épais et plus vigoureux. La stimulation déterminée par l'afflux d'une plus grande quantité de sang, appelle à son tour, une nouvelle proportion de ce fluide, de sorte qu'elle devient alors, cause d'un nouveau phénomène semblable à celui qui l'a produite, c'est ainsi que la stimulation et la fluxion s'entretiennent mutuellement. Ce que l'on remarque ici est tout-à fait analogue à ce qui se passe dans plusieurs autres espèces d'hypertrophies. Ainsi l'on voit certains muscles acquerir plus de développement et d'énergie par un exercice violent et habituel : tels sont les muscles des bras chez les boulangers, ceux des jambes chez les danseurs, etc. C'est encore de la même manière que la vessie se dilate et s'hypertrophie chez les sujets atteints de rétrécissement du canal de l'urètre ; c'est par un mécanisme semblable que l'uterus, chargé du produit de le conception, voit accroître en même temps sa cavité et son épaisseur. L'on retrouve dans tout cela cette action vitale particulière que Cruvelhier, Marandel, Dupuytren, ont désigné sous le nom d'irritation nutritive ; le principe d'action est le même, le point de départ seul est différent.

En étudiant le développement de l'anévrisme actif du cœur,

on trouve plusieurs cathégories dans lesquelles on remarque des différences relatives surtout à la cause qui produit la modification organique. Il est des sujets chez lesquels le cœur a naturellement ou accidentellement des moyens de nutrition très actifs, et acquiert ainsi un volume considérable d'une manière en quelque sorte physiologique; il en est d'autres où le même effet est produit par les stimulations de divers genres, imprimées à cet organe, sans qu'il existe d'obstacle au cours du sang : ici l'on trouve une fluxion active comme pour le développement des muscles chez les danseurs, il en est enfin, chez lesquels la cause première dépend d'un obstacle opposé au cours du sang. Ici l'accumulation du fluide est en quelque sorte passive; celui-ci séjourne en plus grande quantité dans les cavités du cœur et dans son parenchime; il détermine consécutivement une stimulation dans cet organe, et devient ainsi la source d'une fluxion active, d'un exercice anormal de la partie, qui amène par la suite l'hypertrophie.

Plusieurs auteurs, entre autres, Bouilland, ont placé parmi les causes da la maladie qui nous occupe, l'endocardite, et péricardite. Il résulte de leurs relevés que ces maladies se rencontrent presque constamment dans les cas d'hypertrophie du cœur : on s'explique aisément ces résultats en remarquant que l'inflammation de ses membranes amène facilement des fluxions sanguines dans le tissu du cœur lui-même, et donne ainsi lieu au développement de la condition organique qui produit son hypertrophie. La même observation s'applique très-bien à l'hypertrophie des divers viscères creux par suite de l'inflammation chronique de leurs membranes muqueuses; l'endocardite, la péricardite et en général toutes les causes excitantes, peuvent produire l'hypertrophie sans dilatation, ou même l'hypertrophie concentrique. La dilatation s'observe spécialement dans les cas où le fluide sauguin séjourne en quantité insolite dans les cavités cardiaques : la péricardite amène surtout l'hypertrophie partielle des fibres musculaires externes du cœur; l'endocardite, l'hypertrophie concentrique.

Lorsque l'influence des causes précédentes s'exerce sur le cœur

tout entier, on observe l'hypertrophie générale. L'hypertrophie partielle se manifeste lorsque ces causes se bornent à un seul point; ainsi lorsqu'il existe un obstacle placé à un orifice auriculo-ventriculaire, l'oreillette seule subit l'hypertrophie excentrique; lorsque cet obstacle existe, au contraire, à l'orifice d'une des artères qui proviennent de l'un des ventricules, c'est celui-ci qui s'hypertrophie. Mais il est rare que cet état morbide ne se propage point à l'oreillette correspondante, de telle sorte qu'il existe alors une hypertrophie de ce côté du cœur tout entier.

Il arrive même assez souvent que l'affection s'étend de proche en proche jusqu'au ventricule et à l'oreillette du côté opposé. On peut donc juger en général de l'étendue de l'hipertrophie du cœur, par le siége de l'obstacle, elle remonte ordinairement à partir de ce point, vers les cavités situées au-dessus, en procédant de gauche à droite : elle diminue souvent d'une manière progressive à partir de ce point; ainsi à un obstacle dans les valvules sygmoïdes aortiques correspond l'hypertrophie du côté gauche du cœur, qui s'étend souvent à tout l'organe. Si l'obstacle existe à la valvule mitrale, l'oreillette gauche et même assez fréquemment le côté droit du cœur sont hypertrophiés; si l'obstacle occupe les valvules sygmoïdes de l'artère pulmonaire, l'hypertrophie se remarque dans les cavités droites.

Il peut se faire que par la suite de la disposition particulière des parois des diverses cavités, l'hypertrophie et la dilatation ne se rencontrent pas dans la cavité placée immédiatement au-dessus de l'obstacle, mais bien dans une autre qui en est plus éloignée.

§ IV. *Des phénomènes de l'anévrisme actif du cœur.* L'anévrisme du cœur sans complication, étant infiniment plus rare que l'état opposé et la plupart des auteurs ayant tracé le tableau de la maladie, d'après les cas les plus ordinaires, sans établir des distinctions entre les faits de ces deux ordres, il en est résulté que l'histoire de l'anévrisme isolé, se trouve surchargée de phénomènes qui lui sont étrangers, ou du moins de symptômes qui lui appartiennent quelque fois, mais que l'on a exagérés. Nous

tacherons, autant que nous le pourrons, de réduire ceux-ci à leur véritable valeur. Nous tracerons les symptômes de l'anévrisme actif en général ; nous ferons connaître ensuite ceux qui appartiennent particulièrement à l'anévrisme de tel ou tel coté.

1° *Des symptômes de l'anévrisme actif en général.*

Quelques auteurs ont divisé ces symptômes en trois périodes, mais ce ne sont là que des degrès, puisque dans chacune on observe à peu près les mêmes phénomènes qui ne diffèrent que par leur intensité. Ces phénoménes peuvent-être divisés en ceux qui s'observent dans le cœur, et ceux qui se remarquent dans les diverses fonctions.

A. *Phénomènes propres au cœur.* Ces phénomènes se rattachent à l'étude de son impulsion, des bruits qu'il fait entendre, de la matité et du développement qu'il détermine dans la poitrine.

(a). *L'impulsion.* produite par un cœur atteint d'anévrisme actif, est plus forte et plus étendue. Sa force est proportionnée au degré d'hypertrophie ; son étendue à celui de sa dilatation. l'une et l'autre sont par conséquent variables. Cette impulsion peut être perçue à l'œil nu, par exploration à l'aide de la main, de l'oreille ou du stéthoscope. L'œil, peut distinguer les battemens de l'organe dans une grande étendue : du côté gauche de la poitrine, vers le creux de l'estomac, la base de l'organe vient frapper le troisième ou le deuxième espace intercostal, tandis que la pointe repond au 6me ou 7me ou même au 8me de ces espaces : ceci, n'a lieu que dans les cas extrêmes.

Les battemens du cœur peuvent imprimer des mouvemens aux couvertures ou aux vêtemens du malade. La main placée sur la région précordiale reçoit un coup que l'on a comparé à un coup de marteau ou à un coup de poing. La sensation varie suivant le volume de l'organe, et selon qu'il frappe de sa masse entière ou de sa pointe seulement. La perception a lieu, dans une ètendue variable : elle peut se faire sentir dans la partie gauche de la poitrine, en avant et

en arrière ; derrière le sternum vers la région épigastrique , et même dans la partie droite du thorax. En plaçant l'oreille dans le même point, la tête est soulevée ; l'impulsion peut être même perçue à l'aide du stéthoscope.

Les battemens du cœur , n'ont pas ordinairement plus de fréquence que dans l'état normal, à moins que le sujet ne soit soumis à une excitation morale ou physique par des efforts, une course , des émotions ; les battemens sont même quelquefois un peu plus lents et un peu plus prolongés. Ils sont réguliers , lorsqu'il n'existe pas de complication.

b. Les bruits du cœur sont plus prononcés par suite de la dilatation de ce viscère, mais ils peuvent être rendus moins éclatans par son hypertrophie : ses parois épaissies ne les transmettent pas aussi facilement. De là il résulte que ces bruits seront plus ou moins forts, plus ou moins distincts, suivant les proportions de la dilatation et de l'hypertrophie. Quand l'ampliation des cavités est considérable et l'épaisseur médiocre, ces bruits sont plus forts, plus clairs et plus sonores; l'oreille appliquée sur le thorax les perçoit dans une étendue souvent considérable; elle distingue en même temps un tintement métallique. Il arrive quelque fois, surtout pendant des accès de palpitation que l'on entend un bruit de soufflet. Ce denier peut exister sans complication, ainsi que l'ont constaté MM Bouillaud et Chomel; il indique néanmoins en général que la maladie n'est pas simple

c. Dans l'état naturel, la partie du thorax qui répond à la portion libre du cœur, rend un son mat à la percussion , l'étendue de cette portion augmente à mesure que le cœur se dilate, la surface thorachique qui rend un son mat devient aussi plus grande dans la même proportion. Cette matité est d'autant plus prononcée que l'hypertrophie est plus grande. Corvisart et les observateurs qui sont venus après lui, ont pu déterminer de la manière la plus exacte, les limites de la maladie, par ce mode d'exploration.

d Le cœur acquérant un grand volume soulève les parois du thorax élargit les espaces intercostaux. Ce phénomène a été noté

pour la première fois par M Bouillaud, qui a pu le constater à diverses reprises par la mensuration. Nous avons vérifié ce fait nous mêmes dans quelques circonstances.

e. On n'observe pas de douleur dans la région précordiale, mais le malade y ressent quelquefois de la pesanteur.

B. *Phénomènes qui se déduisent de l'examen des fonctions.*

a. La circulation est principalement altérée quand l'anévrisme occupe le ventricule gauche. Le pouls est alors large, dur, résistant, vibrant : la largeur dépend de la dilatation, la dureté de l'hypertrophie; elles peuvent se trouver combinées en proportions diverses.

b La respiration est peu gênée dans les commencemens; elle le devient à mesure que le cœur, acquérant une plus grande dimension, exerce sur les poumons une compression plus marquée.

c. Les diverses fonctions présentent d'abord un surcroît d'énergie parce que le sang y est poussé avec plus de vigueur, ainsi, la température est plus élevée, la peau plus rouge, la face offre une injection plus vive; il y a des étourdissemens, des vertiges, des tintemens d'oreilles, de la céphalalgie, des conjestions actives dans certains organes, des écoulemens de sang rouge et vermeil par diverses voies, telles que les fosses nasales, etc.

(d). Les auteurs ont placé parmi les phénomènes caractéristiques des anévrismes actifs, l'injection violacée de la face, des lèvres; la stase du sang veineux, dans les capillaires cutanés; l'œdème des paupières, de la face, des extrêmités; des épanchemens de sérosité dans les cavités de la plèvre, du péritoine, de l'aracnoïde, dans le parenchime des organes, mais tout cela appartient spécialement, comme l'a remarqué Bouillaud, à des complications qui opposent un obstacle au cours du sang, telles, par exemple, que des ossifications placées aux orifices, ou dans le trajet des gros vaisseaux. Ces symptômes peuvent s'observer néanmoins quelquefois, et à un degré moins prononcé, dans l'anévrisme actif sans complication. Il est inutile de dire que les symptômes locaux et généraux dont je viens de parler, se prononcent de plus en plus, à mesure que la maladie fait des progrès.

2° *Phénomènes propres à l'anévrisme de diverses cavités.* Corvisart, avait pensé que l'on pouvait reconnaître quelle était la cavité qui était malade : Laënnec a cru, au contraire, que cette distinction pouvait être faite avec une certaine précision. La vérité se trouve entre ces deux opinions. Il est quelques phénomènes qui appartiennent spécialement à la lésion des ventricules droits et gauches : il n'en est pas qui puissent faire connaître l'affection isolée d'une oreillette. La maladie du ventricule indique, en général, celle de l'oreillette correspondante.

A. *Phénomènes propres à l'hypertrophie du ventricule gauche.* Dans les cas de ce genre, les modifications d'impulsion, de bruit de matité, de voussure, s'observent du coté gauche de la poitrine. Le pouls présente les caractères que j'ai assignés : on remarque dans les diverses fonctions l'excitation que j'ai déjà mentionnée : elle est moins prononcée pour les poumons que dans l'hypertrophie du ventricule droit. C'est ici surtout que s'observent les phénomènes cérébraux, l'épistaxis, etc.

Un point qui mérite de fixer notre attention, c'est l'influence qu'exerce cette hypertrophie sur les fluxions sanguines et les hémorrhagies, spécialement, sur les hémorrhagies cérébrales. On trouve dans les anciens auteurs plusieurs faits qui prouvent cette influence, et l'on connaît l'histoire de trois médecins célèbres qui, par suite de cette cause, ont succombé à une hémorrhagie du cerveau. Mais Legallois paraît être le premier qui ait appelé l'attention sur cet objet ; depuis, Richerand, Bricheteau, et plusieurs autres auteurs ont traité longuement cette question ; leur doctrine a été contestée par Bochoux, qui admet l'existence antécédente d'un ramolissement spécial qu'il regarde comme indispensable pour que l'hémorrhagie cérébrale ait lieu. En examinant avec soin les observations recueillies par les médecins, on ne peut s'empêcher de reconnaître que l'anévrisme actif du cœur ne dispose beaucoup à ces hémorrhagies, qui ont alors facilement lieu dès qu'il existe des ossifications dans les artères cérébrales, un ramollissement, etc., lésion qui coïncident fréquemment avec l'anévrisme actif du

cœur (1). ici le ramollissement se trouve d'accord avec l'expérience.

B. Phénomènes propres à l'anévrisme du ventricule droit. Ici les symptômes morbides propres à la lésion du cœur se remarquent principalement derrière le sternum Le pouls ne présente pas d'altération remarquable, on observe des phénomènes qui annoncent une congestion sanguine dans les poumons: il y a de bonne heure de la dypsnée, des étouffemens, des crachemens de sang; la face est injectée et d'une couleur bleuâtre, les infiltrations surviennent de meilleure heure et plus facilement, etc.

Il ne faut pas croire néanmoins que les symptômes que je viens de d'écrire, conduisent à un diagnostic infaillible; on voit souvent comme l'avait déjà remarqué Lanënnec, un ventricule dilaté envahir l'espace occupé par l'autre dans l'état normal, et faire sentir ses battemens dans ce dernier point. D'un autre côté, l'anévrisme du ventricule gauche peut s'accompagner de lésions des poumons, et de la circulation veineuse. Ainsi, l'hémorrhagie que Burns rattache presque exclusivement à l'anévrisme du cœur doit, se rencontre assez souvent dans l'anévrisme général : il n'est pas exact non plus de dire que, dans le premier, l'oedême commence constamment par les poumons, les membranes séreuses, et qu'il ne s'étend que plus tard aux extrémités. Quand au battement des jugulaires, ou à leur distension, on ne doit pas les considérer comme dues simplement à l'anévrisme du ventricule droit; ils surviennent lorsque, par suite de cause diverses, l'orifice qui conduit de l'oreillette droite dans la veine-cave supérieure; ne se ferme pas complettement et permet aussi au sang noir de réfluer dans les veines. Ce reflux peut s'étendre à une certaine distance et amener la lividité de la face. Ce phénomène se rattache donc d'une manière particulière à l'anévrisme du cœur droit.

§. V. *Marche, durée, terminaisons de l'anévrisme actif.* La marche de cette maladie est toujours lente; on cite quelques exemples

---

(1) Voyez Bouillaud; maladies du cœur.

dans lesquels elle a paru se développer et marcher rapidement; mais ils laissent encore du doute à cet égard, sa durée est variable, dans les commencemens, les phénomènes généraux et locaux sont peu prononcés, il n'existe qu'une dyspnée légère qui augmente sous l'influence d'émotions actives de la course rapide, principalement de celle qui a lieu en montant. Dans les mêmes circonstances, on remarque une grande accélération dans les battemens du cœur, de véritables palpitations. L'exploration du thorax, ne se fait reconnaître que dans ces momens des phénomènes un peu prononcés : plus tard, les symptômes acquièrent une intensité qui va toujours croissant. Sous l'influence des complications qui existaient déjà ou qui se manifestent, les symptômes généraux deviennent plus marqués, la dyspnée est par fois excessive, le malade, s'il est couché, est forcé de se tenir sur son séant, de saisir des corps étrangers qui lui servent de point d'appui, et qui lui aident à dilater la poitrine. Des hémorrahagies surviennent, des épanchemens de sang peuvent avoir lieu dans divers organes importans, surtout dans le cerveau, et amener une terminaison funeste. L'infiltration se manifeste dans diverses parties ; elle commence ordinairement par les extrémités qui deviennent ainsi pâles et froides, se distendent, s'entr'ouvrent, et offrent des excoriations qui se cicatrisent difficilement; les mouchetures, si on en pratique, peuvent être frappées de gangrène. Quand l'épanchement a lieu dans une cavité séreuse, il en résulte une hydropisie qui vient encore accroître le danger. Le malade épuisé par ces divers accidens succombe après un temps variable.

Lorsque la maladie demeure sans complications, elle peut se prolonger pendant longtemps ; néanmoins, quand elle est portée à un degré élevé, la dyspnée, les œdème se manifestent aussi, et la maladie se termine comme nous venons de le voir. La marche de l'anévrisme actif du cœur, parvenue à un certain degré, se compose de rémissions et d'exacerbations générales et partielles. Il arrive souvent qu'après que la dyspnée s'est montrée avec une grande intensité, que l'on a reconnu l'infiltration de la sérosité en grande abondance dans les membres, et son épanchement dans plusieurs

cavités, la respiration devient plus libre, et le fluide est résorbé : cela s'observe, surtout chez les malheureux admis dans les hôpitaux. On peut se rendre un compte satisfaisant de ce qui se passe alors : les exacerbations que l'on remarque, d'émotions vives, d'écarts de régime, de la violation des principes d'hygiène, de la diminution de certaines excrétions: en soumettant les malades au repos, à un régime convenable, à l'emploi des diurétiques, des purgatifs, on triomphe de ces désordres momentanés et l'on obtient une amélioration sensible. La maladie est alors réduite à elle même. Les augmentations et les amendemens de l'affection, peuvent se reproduire à plusieurs reprises, jusqu'à ce qu'enfin l'état morbide isolé suffit pour entretenir le désordre et que l'on ne puisse plus en triompher.

Outre ces exacerbations générales, il en est encore de niurnes: c'est pendant la nuit que ces paroxismes se font sentir; ils consistent surtout dans une gêne de la respiration, qui peut aller jusqu'à faire craindre une suffocation imminente. Cette fonction se rétablit assez bien pendant le jour.

§. VII. *Diagnostic.* On peut, d'après ce qui précède, établir le diagnostic de cette affection d'une manière générale, et même constater jusqu'à un certain point, le degré de la maladie et le siége qu'elle occupe, nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit là-dessus; nous nous bornerons à dire quelques mots sur plusieurs maladies qui peuvent lui ressembler.

Ces maladies existent dans les envéloppes du cœur, dans l'aorte, dans le poumon, ou bien ce sont des névroses.

Les maladies du péricarde peuvent offrir quelque phénomènes analogues à ceux de l'anévrisme actif du cœur : mais il suffit d'observer avec un peu d'attention les phénomènes des deux maladies, pour éviter toute erreur. On peut en dire autant des épanchemens pleurétiques, des tubercules pulmonaires, de l'hépatisation de cet organe, de son emphisème. Ce dernier, d'après Laënnec peut quelquefois masquer l'anévrisme du cœur.

L'anévrisme de l'aorte pectorale peut, dans le principe, simuler cette maladie. On ne peut pas toujours la distinguer alors par l'exis-

tence d'un battement simple indiqué par Laënnec; mais à mesure que la maladie fait des progrès, le diagnostic devient plus facile: il finit par ne plus laisser de doute.

Les palpitations nerveuses sont intermittentes : elles peuvent se dissiper d'une manière complète. Elles surviennent et disparaissent souvent brusquement, sans que l'on puisse en déterminer la raison, lorsqu'elles n'existent plus d'une manière permanente ou momentanée, on n'observe pas de modification dans les bruits du cœur, dans son impulsion, dans l'état du pouls; la matité de la région thorachique ne s'étend pas au-delà de ses limites ordinaires; il ne survient pas d'infiltration; ce que je viens de dire s'applique aux palpitations qui s'observent chez les chlorotiques: on peut d'ailleurs s'aider de tous les signes propres à cette dernière maladie.

Le rhumatisme quand il disparaît, porte assez fréquemment ses effets sur l'organe central de la circulation, qui offre alors plusieurs des symptômes de l'anévrisme du cœur; mais les commémoratifs, la marche de la maladie, sa tendance au déplacement, l'examen de la poitrine, surtout à l'aide de la percussion, permettent bientôt de lever toutes les difficultés.

§ VII. *Pronostic.* Le pronostic de cette maladie est très grave; il l'est cependant bien moins lorsqu'il n'existe pas de complication. Nous avons vu que celles-ci pouvaient survenir dans le cours de la maladie, quand elles n'existaient point à son début. L'affection peut se terminer par la rupture du cœu, par des hémorrhagies, par les progrès de l'hydropisie : elle est donc généralement funeste. On l'a vu cependant se suspendre, et même disparaître entièrement quand elle était simple. Sa marche étant ordinairement lente, on peut prolonger pendant long temps la vie du malade, et alléger ses souffrances en lui prodiguant les soins convenables.

§ VIII. *Traitement.* Nous avons vu, que les causes principales de l'anévrisme du cœur, étaient une stimulation trop vive de cet organe, ou un obstacle à la circulation du sang. La dilatation et l'hypertrophie du cœur, résultent de l'action du sang sur ce viscère, et de la réaction vitale de ce dernier. Pour combattre cette affection,

il importe donc de faire cesser cette stimulation, et de diminuer l'action du centre circulatoire.

Pour y parvenir, il faut d'abord faire cesser l'influence de toutes les causes excitantes; on prescrira une alimentation peu copieuse, peu nourrissante, composée de substances émollientes, et privée des principes qui portent la stimulation dans nos parties. On supprimera les boissons alcooliques: le vin, les liqueurs aromatiques, et, on les remplacera par l'usage des boissons aqueuses, plus ou moins chargées de principes gommeux, mucilagineux, rafraichissans. On évitera les émotions vives, les accès des passions, telles que la colère, l'indignation, etc.; la contention d'esprit, les veilles prolongées, les exercices fatiguans, les exercices de tout genre On engagera les sujets à renoncer aux professions qui exigent des efforts de la part des organes respiratoires; comme le chant, la déclamation, et des membres, surtout les membres supérieurs. On s'efforcera de rétablir les évacuations qui auraient été supprimées, ou bien on les remplacera pas d'autres artificielles. On se comportera de la même manière par rapport au rhumatisme, à la goutte, à diverses éruptions, principalement quand on trouvera quelque rapport entre leur disparution et le développement de la maladie qui nous occupe.

En même temps qu'on remplira ces indications, on procédera au traitement direct de la maladie. Pour cela, on s'efforcera de diminuer la quantité du sang et les forces des contractions du cœur. Les moyens qui se présentent le plus naturellement pour atteindre ce but, sont la saignée et la digitale.

Il est difficile de préciser d'une manière exacte quels devront être le nombre et l'abondance des saignées à pratiquer dans les divers cas. On se réglera pour cet objet sur la force du sujet, la violence et l'ancienneté de la maladie, sa marche, et les effets qu'on en aura obtenus par les premières évacuations. Les saignées seront générales ou locales; ces dernières seront, tantôt pratiquées sur la région même du cœur à l'aide de ventouses scarifiées, ou de sangsues, tantôt dans des points plus ou moins éloignés de ces régions, par exemple à l'anus.

La méthode rigoureuse de Valsalva et d'Albertini a été préconisée par plusieurs auteurs, qui ont même assuré avoir obtenu des succès éclatans par ce moyen ; mais on trouvera peu de malades qui aient la fermeté et la constance nécessaire pour s'y soumettre, à moins qu'ils n'y soient déterminés par la violence de la maladie qui ne doit laisser alors que bien peu d'espoir. Si le mal n'est point vaincu et qu'il continue encore à faire des progrès, il restera peu de moyens à lui opposer.

La digitale a été extrêmement vantée par quelques médecins, tandis que d'autres auteurs ont contesté son efficacité. Laënnec et Chomel appartiennent à cette dernière classe, d'après le premier, ce médicament; poussé même à une dose assez considérable, peut produire des vomissemens et des vertiges, ne paraît pas avoir une action bien évidente et surtout constante. « J'ai remarqué seulement, dit-il, avec plusieurs praticiens qui se sont occupés de cette propriété, que dans les premiers jours de son administration, elle accélère surtout les battemens du cœur, et que par la suite elle semble quelque fois les ralentir ». (1) M. Chaumel conteste aussi l'action spécifique de la digitale pourprée sur la fréquence des battemens du cœur : il l'a employée nombre de fois sans obtenir de ramollissement dans le cours du sang; il a vu, au contraire, chez lesenfans atteints d'anévrisme du cœur, cet organe descendre en quelques jours, par suite du repos et du régime, de 80 pulsations à 50 et à 40 même par minute (2).

M. Bouillaud qui a écrit après ces auteurs s'étonne de ce qu'a dit Laënnec. L'expérience lui a appris que la bonne digitale rallentit promptemens les battemens du centre circulatoire dans l'espace de vingt-quatre ou de quarante-huit heures, il a fait descendre par son moyen ces battemens de cent pulsations et au-dessus par minute, à quarante-huit, trente-six, vingt-huit, même (3) cet

---

(1) Laënnec, traité de l'oscultation, tom. 2. pag. 735.

(2) Dict. de méd. en 25 vol. tom. 8, pag. 302.

(3) Bouillaud, maladies du cœur, pag. 462, tom. 5.

auteur assure l'avoir employée avec beaucoup de succès par la méthode endermique. Il est bon de remarquer que la digitale employée pendant quelques temps à une dose un peu élevée, détermine quelquefois du délire et des hallucinations: on doit alors en suspendre l'usage pendant quelques jours.

Le sirop de pointe d'asperges vanté dans ces derniers temps comme sédatif a paru peu efficace à M. Chomel; quand à l'iode qui combat avec avantage l'hypertrophie de plusieurs organes, elle s'est montrée sans avantage à M. Bouillaud, dans un ou deux cas où il a eu recours. Les diurétiques telle que la scille le nitrate de potasse, l'uva-ursif les purgatifs peuvent diminuer la maladie en provoquant les évacuations. Ils sont surtout utiles pour combattre l'œdème: les vésicatoires, les bains de jambes synapisés, peuvent aussi agir efficacement comme révulsifs. Morgagni avait beaucoup venté l'immersion des mains et des pieds dans l'eau chaude.

Les moyens divers que je viens d'indiquer, employés suivant les cas, servent aussi à diminuer la dyspnée.

Quand l'accumulation de la sérosité devient une véritable complication et qu'elle menace les jours du malade à une époque où l'action principale ne suffit point pour les compromettre, on doit lui donner issue: d'après le même principe, on pourra diminuer un œdème incommode des membres à l'aide des mouchetures.

On possède un assez grand nombre d'exemples de diminution très marquées d'anévrisme du cœur à l'aide des soins médicaux: on a même plusieurs observations de guérison complette qui ne s'étaient pas démenties plusieurs années après: c'est ce qui se voit surtout chez les jeunes sujets. M. Laënnec assure en avoir recuelli une douzaine d'exemples; il n'en cite qu'une dans lequel l'autopsie, faite deux années après la guérison de l'anévrisme, fit reconnaître une atrophie du cœur.

ARTICLE II.

De l'anévrisme passif.

§ 1er *Définition. Espèces.* Cet anévrisme consiste, comme nous l'avons dit, dans la dilatation avec amincissement des parois du

cœur. Il est bien plus rare que le précédent, il a été néanmoins observé par plusieurs auteurs anciens, et, parmi les modernes, par Corvisart, Burns, Bertin, M. Bouillaud, etc.; il peut être général ou partiel : dans le second cas, il paraît affecter les cavités droites plus souvent que les gauches: son volume est variable. Dans les cas extrêmes, il devient rarement aussi considérable que l'anévrisme actif. Lancisi (1) parle d'un cerveau, dont le cœur offrait un volume triple de celui qu'il présente dans l'état naturel : la substance, dit-il était très émaciée : cette altération était plus marquée dans le ventricule gauche

Tout ce que nous avons dit du changement de forme, de situation, de direction, de rapport de cet organe, à l'occasion de l'anévrisme actif, peut s'appliquer ici; la compression sur les organes environnantes est moins forte.

La dilatation du cœur offre des degrès variés : il peut être poussé à tel point que le ventricule gauche n'ait plus qu'une ligne à une ligne et demi d'épaisseur; et le ventricule droit, de trois-quart de ligne à un peu plus d'une ligne; les oreillettes sont presque comme une feuille de papier. La consistance de ce viscère est diminuée, il est presque toujours ramolli : quelque fois même diffluent. Il est ordinairement peu coloré ou d'un rouge violacé. Dans les cas où la lésion est portée à un degré considérable, le cœur ressemble à une vessie flasque, pâle, que le doigt affaisse facilement. Ces parois retombent sur elles-même lorsqu'on les a incisées. Ses fibres, ses colonnes charnues, s'amincissent progressivement, et finissent même par disparaître en plus ou moins grande partie.

§ *II. Causes et mécanisme de l'anévrisme passif.* Cette espèce d'anévrisme se produit par un mécanisme semblable à celui qui amène l'anévrisme actif. Supposons d'abord qu'il existe un obstacle au cours du sang par suite de la petitesse du système vasculaire, de son resserrement, d'un obstacle circonscrit au cours du sang, ce fluide s'accumulera dans la cavité la plus voisine de l'obstacle et com-

---

(1) *De mortibus subitans*, pag. 178.

mencera par la distendre : si, par une circonstance spéciale, le cœur n'a pas la puissance de réagir contre le fluide qui le distend, il cèdera de plus en plus à celui-ci, et sa cavité prendra de nouvelles dimensions en même temps qu'il s'amincira. La distension allant toujours croissant, sa force contractile sera de moins en moins considérable, l'amincissement et la distension feront toujours de nouveaux progrès, et tendront à s'accroître simultanément. L'anévrisme passif s'établira par la même cause qui avait déterminé dans les autres cas un anévrisme actif, il n'y aura qu'une seule différence, c'est que, par suite d'une prédisposition spéciale, le cœur n'aura pas réagi contre l'obstacle qui le stimule, et que la force nutritive ne se sera pas convenablement mise en jeu par suite de cette stimulation. C'est de cette manière que se forment presque toujours les anévrismes passifs du cœur.

On peut concevoir aussi, mais plus difficilement que, sous l'influence de stimulation prolongées, qui appellent le sang en plus grande abondance dans le cœur, cet organe cède encore passivement à la distension et ne s'hypertrophie pas. Enfin, l'amincissement du cœur peut résulter primitivement d'un vice de nutrition de cet organe et sa dilatation peut ne se montrer que consécutivement.

On voit par là, que les causes déterminantes de l'anévrisme passif se rapprochent beaucoup de celles de l'anévrisme actif, que quelques-unes sont les mêmes : on peut reconnaître quelle est leur influence respective. Quand à la cause productive immédiate, c'est une prédisposition que l'on ne connait pas beaucoup. On a noté seulement qu'elle paraît quelquefois congéniale, héréditaire, qu'elle attaque spécialement les sujets faibles, sympathiques, débilités par les maladies chroniques, etc.

Il est aisé de voir maintenant comment l'affection peut se borner à telle ou telle partie, embrasser le cœur tout entier, comment par une disposition spéciale l'anévrisme actif d'une cavité se trouvera uni à un anévrisme actif d'une autre, etc.

§. III. *Symptômes, Marche, durée, terminaisons, de l'anévrisme passif.*

1°. *Symptômes.* A. L'impulsion de cet organe est plus faible que dans l'état naturel, ainsi qu'on peut le constater par la vue, le toucher et l'auscultation : elle se fait sentir dans une étendue souvent considérable, et dans des points souvent insolites ; les battemens sont sourds, étouffés, lents, dans des cas extrêmes ils sont presque nuls. Les bruits du cœur sont clairs, le premier bruit est d'abord plus fort, plus court, plus éclatant que dans l'état physiologique, il se rapproche, dit-on, de plus en plus du second bruit à mesure que la maladie fait des progrès. La région de la poitrine à laquelle répond cet organe, donne à la percussion un son mat dans une plus grande étendue qu'à l'ordinaire; mais la matité est moins prononcée.

B. Ces diverses fonctions sont surtout remarquables par une langueur extrême. Ainsi le pouls, régulier, quand il n'y a pas de complication, est large, mais il est mou, lent, facile à déprimer. Le sang séjourne dans les capillaires, delà la teinte violacée, brune, de la peau et des membranes muqueuses; les veines jugulaires sont gonflées, la face est injectée et brunâtre.

La respiration se fait avec peine, la dyspnée ne tarde point à se manifester : la température est basse, surtout aux extrémités qui, après un certain temps, se montrent parfois glacées. Le malade se plaint de céphalalgie, principalement sur le trajet des sinus, d'affaiblissement dans les facultés intellectuelles. Après un temps variable, le sang qui s'est accumulé passivement dans le tissu des organes, dans les membranes muqueuses, s'échappe de celle-ci par une sorte de transudation. Delà l'origine d'épistaxis, d'hémoptysies, d'hématémèses peu abondantes, et qui se font remarquer par la teinte noirâtre du sang qu'elles fournissent. Les infiltrations et les épanchemens séreux appartiennent à cette espèce, bien plus qu'à la précédente. Remarquons que ce phénomène ainsi que les hémorrhagies et les stases du sang, sont très souvent dues à des complications auxquelles on n'a point fait une attention suffisante.

Les lipothymies, les syncopes prolongées, ont été remarquées plusieurs fois dans cette affection.

2° *Marche et durée.* On observe ici plus de lenteur encore dans la marche, que dans l'anévrisme actif. Il y a de même des exacerbations nocturnes, et d'autres qui embrassent une plus longue période.

3° *Terminaisons.* L'affection se termine aussi généralement d'une manière funeste, sourtout quand elle est compliquée, le sujet succombe à des hémorrhagies, à des épanchemens séreux, à une rupture du cœur : quelquefois la circulation semble se suspendre par suite de la faiblesse de l'organe et le malade succombe dans une syncope complette.

4° *Diagnostic.* Le diagnostic doit se déduire de la description que j'ai donné des phénomènes; il n'est pas toujours facile à une certaine époque de distinguer l'anévrisme passif; de reconnaître qu'il en existe des deux côtés de genres differens, de saisir toutes les complications.

Ce que j'ai dit ci-dessus, s'applique surtout, à l'anévrisme général; pour reconnaître comment tout cela se modifie quand la maladie occupe tel ou tel ventricule, on suivra la marche que j'ai indiquée à l'occasion de l'anévrisme actif. Le diagnostic sera encore ici plus difficile.

5° *Pronostic.* Le pronostic, est généralement fâcheux; surtout lorsqu'il existe des complications. S'il n'y a qu'un obstacle momentané au cours du sang, et que la dilatation ne soit pas portée trop loin, le cœur peut revenir sur lui-même, et recouvrer son état normal.

6° *Traitement.* Le traitement, doit consister dans l'emploi des moyens hygiéniques propres à faire cesser les causes qui ont produit la maladie ou qui l'entretiennent. Les évacuations sanguines générals ou locales, ne doivent pas être entièrement proscrites; mais on ne doit en user que très-sobrement.

On doit essayer de relever les forces, d'appeler à l'extérieur ou sur qu'elqu'autre point, les mouvements fluxionnaires qui dirigeraient trop de sang vers le centre circulatoire ; cet effet peut être obtenu, par divers révulsifs, tels que des purgatifs, des synapismes,

des vésicatoires. L'accumulation de la sérosité dans le tissu cellulaire, dans les grandes cavités, sera combattue, par les moyens indiqués précédemment. En employant toutes ces médications, on doit toujours ménager les forces.

ARTICLE III.

On connaît quelques exemples de dilatation d'une portion plus ou moins étendue des parois de l'une des cavités du cœur. Dans les 17 faits bien positifs que nous connaissons, la maladie occupait le ventricule gauche : dans quelques autres observations qui, malheureusement n'ont été recueillies que d'une manière incomplette, on a de fortes raisons de penser qu'il s'agissait d'affections semblables des oreillettes. Au reste, ce sujet encore enveloppé de tous cotés d'obscurité, on a besoin de nouvelles recherches. Nous renvoyons au travail de M. Ollivier qui a présenté un excellent résumé de ce que nous savons à ce sujet, dans le dictionnaire en 25 volumes, tom. 8. pag. 303 et suivantes.

FIN.